

Année 1928

THÈSE

N^o
424

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PRÉSENTÉE PAR

Anastas CHAHINE

Ancien interne des hôpitaux de Damas

Assistant à la Clinique Oto-Rhino-Laryngologique

de la Faculté de Médecine de Paris

Né le 21 Juin 1902, à Damas (Syrie)

Contribution à l'Étude des Fistules congénitales médianes du Cou

Président; M. P. SÉBILEAU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1928

150

THE END

T H E S E
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Année 1928

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PRÉSENTÉE PAR

Anastas CHAHINE

Ancien interne des hôpitaux de Damas

Assistant à la Clinique Oto-Rhino-Laryngologique

de la Faculté de Médecine de Paris

Né le 21 Juin 1902, à Damas (Syrie)

Contribution à l'Étude des Fistules congénitales médianes du Cou

Président: M. P. SÉBILEAU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

—
1928

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. ROGER
I. — Professeurs	MM.
Anatomie.....	ROUVIERE
Anatomie médico-chirurgicale.....	GUNEO
Physiologie.....	ROGER
Physique médicale.....	STROHL
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ
Bactériologie.....	LEMIERRE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.....	MARCEL LABBE
Pathologie médicale.....	SICARD
Pathologie chirurgicale.....	LECENE
Anatomie pathologique.....	ROUSSY
Histologie.....	N...
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFENEAU
Thérapeutique.....	LOEPER
Hygiène.....	Léon BERNARD
Médecine légale.....	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.....	RATHERY
	CARNOT
Clinique médicale.....	BEZANÇON
	ACHARD
	WIDAL
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale.....	HARTMANN
	LEJARS
Clinique ophtalmologique.....	GOSSET
Clinique urologique.....	TERRIEN
	LEGUEU
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE
	BRINDEAU
	JEANNIN
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILÉAU
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL
Clinique propédeutique.....	SERGENT
Professeur sans chaire.....	BRANCA



II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
ABRAMI.....	Pathologie médicale.	CHIRAY.....	Pathologie médicale
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.	CLERC.....	Pathologie médicale.
BASSET.....	Pathologie chirurgicale.	DEBRE.....	Hygiène.
BAUDOUIN.....	Pathologie médicale.	I. DE JONG.....	Anatomie pathologique.
BINET.....	Physiologie.	DOGNON.....	Physique.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.	DONZELO.....	Pathologie médical.
BROCC.....	Pathologie chirurgicale.	DUVOIR.....	Médecine légale.
BRULE.....	Pathologie médicale.	ÉCALLE.....	Obstétrique.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.	FISSINGER.....	Pathologie médicale.
CHABROL.....	Pathologie médicale.	GARNIER.....	Pathologie expériment.
CHAMPY.....	Histologie.	GATELLIER...	Pathologie chirurgicale.

MM

HARVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER..	Urologie.
HOVELACQUE..	Anatomie.
HUTINEL.....	Pathologie médicale.
JOYEUX.....	Parasitologie.
LABBÉ HENRI..	Chimie biologique.
LARDENNOIS..	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE....	Oto-rhino-laryngologie.
LEVY-SOLAL..	Obstétrique.
LHERMITTE...	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
METZGER.....	Obstétrique.

MM.

MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT...	Bactériologie.
QUENU.....	Pathologie chirurgicale.
RICHET, Fils..	Physiologie.
ZEZARY.....	Dermatologie et syphi- lographie.
VALLERY-RADOT (Pasteur).....	Pathologie médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VELTER.....	Ophtalmologie.
VERNE.....	Histologie.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

GOUGEROT....	Pathologie médicale.
GUENIOT.....	Obstétrique.

MM.

RETTERER....	Histologie.
TANON.....	Pathologie médicale.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique à titre permanent

MM.

ALGLAVE.....	Clinique chirurgicale.
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER....	Clinique obstétricale.
LEREBoullet.	Clinique médicale in- fantile.

MM.

LERI.....	Clinique médicale.
MOCQUOT....	Clinique chirurgicale.
PROUST.....	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ....	Clinique chirurgicale.
VILLARET.. ..	Clinique médicale.

V. — Chargés de cours

MM. MAUCLAIRE, agrégé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	
CHAILLEY-BERT.....	
LEDoux-LEBARD.....	
	Stomatologie.
	Education physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

Qu'ils voient dans cet hommage la faible expression de notre très profonde affection filiale pour tous les sacrifices sans cesse grandissants qu'ils se sont imposés pour nous.

A MES GRAND'MERES

Que nous vénérons profondément.

A MON FRERE, A MES SOEURS

En gage de la profonde affection que nous leur portons.

A MA SOEUR, A MON BEAU-FRERE

Que nous unissons dans une même affection.

A LA MÉMOIRE DE MON CHER ET REGRETTÉ COUSIN

LE DOCTEUR GEORGES MALEK

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE SEBILEAU

*Professeur de Clinique O.R.L. à la Faculté,
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière,
Membre de l'Académie de Médecine,
Commandeur de la Légion d'honneur*

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette dernière et de nous agréer comme Assistant dans son service depuis trois années.

En gage de respectueuse reconnaissance pour la grande bienveillance dont il a toujours fait preuve à notre égard, et l'appui que nous avons toujours trouvé auprès de lui.

A NOS MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE DAMAS

MONSIEUR LE PROFESSEUR RIZA SAÏD BEY, *Doyen de la
Faculté,*

MONSIEUR LE PROFESSEUR TAHER BEY EL-JAZAERI,

MONSIEUR LE PROFESSEUR MICHEL BEY CHAMANDY,

MONSIEUR LE PROFESSEUR SAMI BEY EL-SATI,

MONSIEUR LE PROFESSEUR LECERCLE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOURCHED BEY KHATER,

MONSIEUR LE PROFESSEUR ABDUL-KADER BEY SIRRI,

MONSIEUR LE PROFESSEUR IBRAHIM BEY EL-SATI,

MONSIEUR LE PROFESSEUR ADIBE BEY EL-JAAFARI,

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOUNIF BEY EL-AEDI,

MONSIEUR LE PROFESSEUR AHMED BEY RATEB,

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOUSTAFA BEY CHAWKI,

MONSIEUR LE PROFESSEUR JAMIL BEY EL-KHANI,

MONSIEUR LE PROFESSEUR HAMDI BEY EL-KHAYATE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR ABDUL-WAHAB BEY KANAVATI.

Qu'ils trouvent ici un faible témoi-
gnage de notre gratitude et de notre af-
fectueux respect pour leur sollicitude
constante.

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGER, *Doyen de la Faculté*,
MONSIEUR LE PROFESSEUR BALTHAZARD,
MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON BERNARD,
MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU,
MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT,
MONSIEUR LE PROFESSEUR CLAUDE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN,
MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANSELME,
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEGUEU,
MONSIEUR LE PROFESSEUR ROUSSY,
MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIEN,
MONSIEUR LE PROFESSEUR TESSIER,
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEMAITRE.

A MESSIEURS LES DOCTEURS

DUFOURMENTEL — MIEGEVILLE — BONNET
ROY — TRUFFERT — CHATELIER — WINTER
CARREGA

Anciens Chefs de Clinique à la Faculté

Hommage de notre inaltérable gratitude pour leur grande affection et l'intérêt qu'ils nous ont toujours porté dans l'enseignement d'Oto-Rhino-Laryngologie.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HARBURGER

(in memoriam)

A MONSIEUR LE DOCTEUR BUREAU

Chef de Clinique Adjoint à la Faculté

A MONSIEUR LE DOCTEUR MELIK

Assistant du Service O.R.L. de l'Hôpital Lariboisière

A MES CONFRÈRES ET CAMARADES D'ÉTUDES

MONSIEUR JEAN ELBAZ

Interne des Hôpitaux de Paris

MONSIEUR LE DOCTEUR N. GEORGOPOULOS

*Assistant à la Clinique O.R.L. de la Faculté de Médecine
de Paris*

MONSIEUR LE DOCTEUR J. ABOUCHAR

Chirurgien-Dentiste

A MES CAMARADES DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

A MES CAMARADES D'INTERNAT DANS LES HOPITAUX DE DAMAS

Mes Amis de toujours

A MES AMIS

INTRODUCTION

Le cou, comme la face, est fréquemment le siège de malformations. La raison en est la complexité du développement de cette région et, en particulier, la formation de l'appareil branchial et de ses dérivés, corps thyroïde et thymus ; l'enclavement d'épithélium dans le fond des sillons branchiaux ou la persistance partielle de ces sillons, la prolifération des restes des ébauches thyroïdiennes sont le point de départ d'un grand nombre d'affections congénitales du cou.

Nous citerons les kystes congénitaux qui sont une des malformations les plus fréquentes à la région cervicale ; ces kystes sont eux-mêmes de deux ordres : les uns toujours multiloculaires ne sont pas revêtus d'épithélium, leur paroi est tapissée par une couche de cellules plates, à bords sinueux, manifestement endothéliales ; ces tumeurs qui sont anatomiquement des lymphangiomes kystiques, constituent le groupe de kystes séreux congénitaux ; l'autre groupe comprend des kystes caractérisés par la présence d'un revêtement épithélial véritable, tantôt pavimenteux stratifié, tantôt cylindrique, on les désigne sous le nom de kystes branchiaux, bien

qu'en réalité tous ne proviennent pas directement de l'appareil branchial, on les appelle encore : kystes dermoïdes et mucoïdes du cou.

De ces kystes, nous rapprocherons les fistules congénitales qui ont avec eux des rapports très étroits.

Avant d'aborder l'étude des fistules médianes, qu'il nous soit permis de refaire à grands traits le chapitre des fistules congénitales du cou, tel qu'il ressort des travaux contemporains.

Il était classique de diviser ces fistules en variétés latérales et variétés médianes, ou bien, essayant de prendre un repaire anatomique précis, en l'occurrence l'os hyoïde, on décrivait des fistules sus-hyoïdiennes et des fistules sous-hyoïdiennes ; ces dernières pouvaient être latérales ou médianes et on revenait aussi à la classification précédente.

On a décrit, en 1920, une nouvelle variété de fistules congénitales : les fistules médianes superficielles ou mento-sternales.

Il semble donc que la classification actuelle de fistules congénitales du cou puisse s'établir en décrivant trois variétés de fistules :

1°) ...Les fistules latérales liées au développement du système branchial.

2°) ...Les fistules médianes profondes dérivant du canal thyroéoglosse de His.

3°) ...Enfin des fistules médianes superficielles qui seraient dues à un enclavement ectodermique au niveau du carrefour mentonnier.

Cette classification tenant compte à la fois de la situation anatomique et de l'origine embryologique de ces fistules, semble ressortir de leur description.

Les dernières, les fistules médianes superficielles ou mento-sternales, siègent sur la ligne médiane antérieure du cou ; elles sont situées superficiellement sans présenter aucun rapport avec les plans aponévrotiques sous-jacents. Leur aspect morphologique est le suivant : fistule allongée reliée au menton et au manubrium sternal par des tractus fibreux, ouverte en avant vers sa partie moyenne. Cette zone ouverte en avant, a l'aspect d'une plaque suintante extrophique ou bien déjà cicatrisée. Il existe souvent des anomalies osseuses au niveau du point d'attache des brides sur le maxillaire inférieur. Ces formations revêtues de tissu pavimenteux stratifié à type cutané, dériveraient embryologiquement d'un enclavement ectodermique au niveau du carrefour mentonnier ; l'ébauche fistulaire est attirée dans la suite en haut et en bas par la déflexion de la tête et par la descente de la masse cardio-péricardique.

Les fistules latérales liées au développement du système branchial peut être une fistule du pavillon de l'oreille toujours borgne externe et peu profonde ; cette malformation est très peu fréquente, de même que la variété sus-hyoidienne ; mais la fistule branchiale classique est constituée par la variété sous-hyoidienne.

Dans sa forme actuelle et lorsqu'elle est complète, cette formation s'étend du pharynx à la région antérieure du cou ; elle présente un orifice cutané extrême-

ment petit à peine visible, situé sur le bord antérieur du muscle sterno-cléïdo-mastoïdien.

Au-dessus de l'orifice, le trajet se dilate brusquement puis, sous la forme d'un cordon de la grosseur d'une plume d'oie, il traverse l'aponévrose cervicale superficielle et se dirige vers l'os hyoïde en faisant avec le sterno-cléïdo-mastoïdien un angle aigu. Le trajet s'enfonce de plus en plus, passe sous l'os hyoïde, traverse le plan des constricteurs et va s'ouvrir à la région pharyngée au niveau de la fosse amygdalienne.

Ce schéma classique n'est pas immuable et ses divers éléments présentent de nombreuses variations. La fistule peut être complète ou incomplète, qu'elle soit borgne externe ou borgne interne. Quant à la conception pathogénique actuelle des fistules branchiales, on la trouve dans les données embryologiques modernes que KONS-TAMCKI et MIELICKI ont imaginé : la partie interne ectodermique de la fistule provient du deuxième sillon branchial interne qui se prolonge latéralement sous le nom de canal branchial de Rabl, jusqu'au voisinage du sinus précervical. Ceci est démontré par le siège constant de l'orifice profond dans la région amygdalienne qui correspond au deuxième sillon branchial interne et par les rapports du trajet fistuleux : celui-ci, ai-je-dit, passe entre les deux carotides, au-dessus du nerf glosso-pharyngien et au-dessous du nerf facial, c'est-à-dire entre les vaisseaux et les nerfs du deuxième arc branchial et ceux du troisième.

Quant à la partie externe, ectodermique de la fistule, elle résulte de la fermeture incomplète du sinus précer-

vical. Si une communication anormale s'établit entre ce sinus et le fond du canal branchial de Rabl, la fistule devient complète.

Il nous reste maintenant à décrire les fistules médianes dérivant du canal thyro-glosse de His, car si leur orifice externe peut être parfois para-médian, elles s'éloignent des autres fistules médianes superficielles et latérales par l'ensemble de leurs caractères anatomiques et pathogéniques.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1°) *Caractères macroscopiques.* — Les fistules médianes profondes présentent à étudier généralement, un orifice externe et un trajet fistuleux ; il n'existe presque pas d'orifice interne.

Orifices externes. — Siège. — Dans les quelques cas de fistules médianes primitives existant dans la science (cas de HESCHL, ARUDT, LUSCKA, KOELER, RIBBERT, CUSSET, LANNELONGUE, A. BROCA, etc...) l'orifice était situé en général au devant du larynx à 3 ou 4 centimètres au-dessus de la fourchette sternale, parfois comme le cas de LANNELONGUE au-devant du cricoïde ; dans le fait exceptionnel de HESCHL, il siégeait un peu à gauche, au-dessous de l'os hyoïde.

Lorsque la fistule est secondaire (et c'est presque toujours le cas) l'orifice externe est, la plupart du temps, situé entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde rarement plus bas.

Dans l'une de nos observations que nous avons recueillies dans le service de M. le Professeur P. SEBILEAU, il était sous-hyoïdien et un peu à droite de la ligne mé-

diane, exactement médian au niveau de la membrane thyro-hyôidienne dans les deux autres (I et II) ; cet orifice n'est pas toujours situé exactement sur la ligne médiane, il est parfois paramédian.

Formes et dimensions. — Lorsque la fistule est primitive, l'orifice externe se présente parfois sous la forme d'un sillon vertical ou transversal ; ainsi les malades de ARNDT et de LUSCHKA portaient sur la ligne médiane un sillon vertical long de 2 centimètres en bas. Le sujet observé par LANNELONGUE présentait une dépression transversale recouverte en haut par un repli du tégument.

Les fistules secondaires présentent un orifice plus régulier, arrondi, de dimensions peu considérables, caché au fond d'une dépression, ou situé au contraire au sommet d'un petit tubercule ; souvent, les abords étalés et la peau présentent un aspect cicatriciel.

Trajet fistuleux. — Les fistules médianes ne présentent pas toujours une direction identique, mais dans la grande majorité des cas, la fistule étant secondaire, le trajet est vertical et ascendant, il se dirige de bas en haut vers la partie moyenne de l'os hyoïde. Quand la rupture du kyste n'a pas eu lieu exactement sur la ligne médiane, comme dans le cas d'une de nos observations, le trajet est un peu oblique. La longueur est variable ; elle dépend surtout du niveau auquel siège l'orifice externe : elle est d'ordinaire de 1 à 2 centimètres. Le cathétérisme avec une sonde très fine permet parfois de reconnaître la longueur et la direction de ce trajet.

A la palpation, il est la plupart du temps facile de sentir un cordon cylindrique, assez dur, du volume d'une plume de corbeau environ, et se dirigeant vers l'os hyoïde. Ce cordon passe sous la face inférieure de cet os avec lequel il contracte des adhérences presque constantes surtout au niveau de sa face postérieure ; quelquefois, il adhère intimement à la membrane thyro-hyoïdienne.

Le trajet s'arrête d'ordinaire en arrière de l'os hyoïde ; quelquefois, cependant, il se prolonge vers le foramen coecum en passant toujours sous l'os hyoïde et en traversant la membrane thyro-hyoïdienne.

Chez la malade de notre observation, il disparaissait au-dessus de l'os hyoïde sous la forme d'un mince tractus.

2°). *Examen histologique.* — Les fistules médianes secondaires ont une paroi externe conjonctive, formée par un tissu fibreux plus ou moins dense. Cette paroi est revêtue dans le plus grand nombre des cas par une couche de cellules petites et transparentes, cubiques ou allongées, souvent douées de cils vibratiles.

Ces fistules médianes présentent très fréquemment des diverticules tantôt peu profondes, tantôt au contraire présentant une certaine longueur. KOENIG, sur 9 cas qu'il a examinés n'a trouvé qu'une seule fois un conduit unique, souvent il en existait plus de deux, plus rarement 3 ou 4 ; dans trois cas, il s'en trouvait une quantité telle qu'il en résultait une apparence glandulaire.

La lumière de ces canaux est d'ordinaire plus petite

que celle du trajet principal ; en examinant une série de coupe, il est facile de reconnaître que ce ne sont pas des canaux accolés, mais des sections de prolongements de culs-de-sacs émanés du trajet principal.

Ces diverticules sont d'ordinaire séparés les uns des autres par une gangue de tissus fibreux. Ils sont tapissés par des cellules identiques à celles du trajet principal.

VEDORA a prétendu que l'on trouvait dans la paroi de toutes ces fistules des parcelles de glande thyroïde.

VEAU a observé des vésicules thyroïdiennes dans une fistule congénitale de la région thyro-hyoïdienne.

Nous avons constaté la présence de tissu thyroïdien dans la partie sous-hyoïdienne du trajet d'une fistule congénitale médiane (Obs. II).

PATHOGENIE

La pathogénie des fistules congénitales médianes du cou est toute différente de celle des fistules latérales.

Pour faciliter cette étude, nous commencerons par mentionner quelques détails intéressants sur le développement de la glande thyroïde.

Les recherches de BORN (1883) sur l'embryon du porc, confirmées par celles de HIS (1885) sur l'embryon humain, ont montré que trois ébauches distinctes concourent à la formation de la glande thyroïde : une ébauche impaire et médiane (thyroïde médiane) et deux latérales (thyroïdes latérales).

La thyroïde médiane qui nous intéresse le plus, se développe aux dépens d'un bourgeon de l'épithélium bucco-pharyngien qui pousse d'arrière en avant et de haut en bas, pour se mettre en rapport par son extrémité antérieure avec la bulbe aortique.

Ce bourgeon dont on peut constater la première apparition sur l'embryon de trois millimètres, est situé en regard de la deuxième fente, il répondra dans la suite au point d'union des trois rudiments de la langue, ainsi que l'a indiqué HIS. Sur l'embryon de 4 millimètres,

l'ébauche thyroïdienne est manifestement creuse, ainsi qu'on l'observe chez la plupart des mammifères, et son extrémité profonde présente des traces de lobulation (SOULIE et VERDUN 1897). Au stade de six millimètres, l'extrémité profonde renflée et bilobée n'est plus rattachée à la paroi du pharynx que par un mince pédicule épithélial ; toute trace de cavité centrale a disparu, peu après, la thyroïde médiane se détache de l'épithélium bucco-pharyngien et vient se loger dans l'angle de bifurcation du bulbe aortique qu'elle déborde légèrement en avant.

Sur l'embryon de 14 millimètres, la thyroïde médiane, massive jusqu'à ce stade, se transforme en un réseau de cordons pleins anastomosés par pénétration de dehors en dedans de cloisons ou de bourgeons conjunctivo-vasculaires.

Dans certains cas le pédicule qui unissait à l'origine la thyroïde médiane à l'épithélium lingual, persiste anormalement chez l'adulte et figure alors un cordon cellulaire (cordon thyreo-glosse qui peut se creuser d'une lumière centrale dont l'ouverture répond au foramen coecum (canal thyreo-glosse). Parfois le cordon thyreo-glosse est fragmenté en plusieurs segments échelonnés sur la ligne médiane entre la thyroïde et le foramen coecum.

Le conduit lingual allant du foramen coecum à la région de l'os hyoïde forme la partie supérieure de ce cordon épithélial ; de là, part le conduit thyroïdien qui le continue ; mais, déjà de très bonne heure, la continuité de ce canal est interrompue. Dès que le corps de

l'os hyoïde est formé, le conduit lingual existe seul, et au-dessous de lui on trouve seulement quelques îlots disséminés d'épithélium qui sont la trace du canal primitif. Si le conduit persiste dans toute sa longueur, on conçoit la possibilité d'une fistule allant de la bouche à la peau.

Cette pathogénie est généralement adoptée à l'heure actuelle, et l'on s'accorde à voir dans la persistance du conduit thyro-glosse l'origine des fistules médianes du cou. MARSHALL en a donné la démonstration sur le cadavre d'un enfant ayant succombé accidentellement à la diphtérie ; il a pu montrer la disposition identique de cette fistule médiane du cou et du canal embryonnaire. La même explication est applicable aux kystes de la ligne médiane du cou.

Un point sur lequel a particulièrement insisté KOENIG, c'est l'inexistence dans ces fistules de conduit multiple ; très souvent il existait deux conduits, plus rarement trois ou quatre.

SYMPTOMES

Nous résumerons ici brièvement les principaux symptômes liés à la présence des fistules et des kystes congénitaux médianes du cou.

Il existe en un point de la région médiane ou paramédiane du cou, dans la partie qui sépare l'os hyoïde du cartilage thyroïde, un orifice donnant passage à des muccosités plus ou moins chargées de pus. Assez souvent, la sécrétion augmente à certains moments ; en même temps, les caractères du liquide se modifient, il devient plus purulent.

Les accidents sont généralement plus marqués que dans les fistules latérales d'origine branchiale. Ces accidents sont dus à la rétention du liquide qui est souvent dans le trajet de la fistule.

Parfois il y a quelques troubles de la phonation et de la déglutition. KIRMISSON cite un cas observé à l'hôpital Saint-Louis : une jeune fille s'était aperçue deux ans auparavant de l'existence sur la ligne médiane du cou, de deux petits boutons douloureux qui siégeaient dans l'épaisseur de la peau, la gênaient pour avaler et devenaient plus gros de jour en jour. Au moment de l'exa-

men, il existait sur la ligne médiane du cou, immédiatement au-dessus du cartilage thyroïde, un bourgeon charnu, percé à son sommet d'un petit orifice par lequel sortait un peu de liquide. Si l'on prenait ce bourgeon entre les doigts, on sentait qu'il se continuait dans la profondeur sous la forme d'un petit cordon arrondi, du volume d'une plume de corbeau, et remontait ainsi jusqu'à l'os hyoïde sous lequel il s'insinuait ; le stylet pénétrait dans le trajet à une profondeur d'un centimètre environ.

Cette malade fut débarrassée de sa fistule par l'excision complète de l'orifice anormal et du trajet qui lui faisait suite, jusqu'au niveau de son point d'implantation sur l'os hyoïde ; on remarque dans cette observation une particularité souvent notée dans les faits analogues, à savoir que la fistule n'a pas fait son apparition au moment même de la naissance, mais seulement à l'époque de la puberté.

Un autre fait très habituel et qui est toujours constant dans les fistules médianes, c'est l'existence de phénomènes de rétention donnant naissance à une petite tumeur kystique très douloureuse.

Inversement dans nombre de cas, c'est le kyste qui a été l'accident initial, puis, à un moment donné, il s'est enflammé et s'est transformé en abcès dont la rupture a été l'origine de la fistule persistante, comme c'est le cas chez nos deux malades (Obs. I et II).

On peut dire que, sur la ligne médiane du cou, kystés et fistules sont deux modalités, deux expressions symptomatiques d'une même malformation, savoir : la per-

sistance anormale des débris épithéliaux du conduit thyro-glosse.

Avant que l'on connût l'existence du conduit thyro-glosse, rien n'était plus obscur que l'orifice de ces abcès siégeant au-devant du larynx ou de la membrane thyro-hyoïdienne. On s'ingéniait à en chercher l'orifice soit dans l'existence d'une bourse séreuse pré-laryngée (BAYER-MALGAINE), soit d'une bourse séreuse siégeant profondément au-devant de la membrane thyro-hyoïdienne et remontant jusque derrière l'os hyoïde (NELATON) ; la notion des débris épithéliaux du conduit thyro-glosse donne aujourd'hui l'interprétation satisfaisante de tous les faits observés.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic différentiel des fistules congénitales du cou est facile : on ne les confond pas avec celles qui succèdent à une péricondrite syphilitique ou tuberculeuse, à une adénopathie tuberculeuse ; à une ostéïte de l'os hyoïde, à l'ouverture d'un kyste hydatique, d'un kyste sébacé suppuré, avec une fistule dentaire, une fistule salivaire. etc... Les commémoratifs, les signes physiques, l'examen du liquide permettront de lever les doutes.

Le diagnostic des fistules médianes secondaires est plus difficile que celui des fistules latérales ; le chirurgien sera mis sur la voie par la persistance de l'écoulement, par la constatation d'un cordon reliant l'orifice externe à l'os hyoïde.

Qu'il nous suffise de signaler le diagnostic avec les fistules trachéales ; l'embryologie nous a appris que les fistules trachéo-cutanées ne pouvaient être que traumatiques, accidentelles ; les seules fistules congénitales sont trachéo-œsophagiennes.

Le diagnostic des fistules congénitales étant posé, comment peut-on arriver à le compléter et à savoir de-

vant quelle variété l'on se trouve en présence ? Il est bien évident que si l'orifice externe donne issue aux liquides ingérés par le malade, c'est que la fistule est complète, mais c'est là un symptôme rare et sur lequel on ne peut compter.

Pour rechercher si une fistule est borgne externe ou complète, trois moyens principaux sont à la disposition du chirurgien : le cathétérisme, les injections et l'examen radiologique.

Le cathétérisme qui est un moyen très précieux dans le diagnostic des fistules latérales, nous donne ici des résultats très restreints à cause des adhérences que le trajet fistuleux contracte avec le corps de l'os hyoïde ; il devra être pratiqué avec beaucoup de douceur et de patience, au moyen d'une sonde métallique fine non pointue ; on devra, si l'on sent que la sonde rencontre un obstacle, la retirer de quelques millimètres, puis la faire avancer de nouveau jusqu'à ce que l'extrémité de la sonde vienne buter contre le corps de l'os hyoïde ; le rôle de la sonde s'arrête à ce point, car l'on n'a presque jamais pu réussir à la faire pénétrer dans la partie sus-hyoïdienne de la fistule, même dans les fistules complètes ; toutefois, certains trajets présentent des sinuosités si nombreuses que malgré l'habileté et la patience du chirurgien, le cathétérisme est impossible.

Le second moyen qui est aussi plus démonstratif dans le diagnostic des fistules latérales, est basé sur l'emploi des injections.

On peut se servir d'injections sapides ou colorées : avec les injections sapides (sels de quinine, sucre, sel

marin, etc...), si le liquide pénètre dans la cavité buccale, le malade accuse une sensation gustative correspondante à la substance injectée.

Ce moyen est, lui aussi, infidèle, d'abord parce que le liquide peut, bien que la fistule soit complète, ne pas pénétrer dans le pharynx ; en outre, on a prétendu que les malades pouvaient percevoir des sensations gustatives, même lorsque la fistule est borgne externe.

L'emploi des injections colorées (lait, solution de carmin, de bleu de méthylène, de permanganate de potasse, etc...) est donc préférable ; la coloration des crachats par la substance injectée prouve que l'on a à faire à une fistule complète et, dans ce cas, par l'examen du pharynx on pourra, en général, apercevoir l'orifice par lequel le liquide colorant sera expulsé.

Le troisième moyen est basé sur l'emploi des injections d'un liquide opaque dans le trajet fistuleux et d'examiner la région du cou sur l'écran radioscopique ou de prendre la radiographie de la région dans des différentes positions.

Le liquide employé est le lipiodol ; ce moyen que je crois être le plus fidèle, a donné des résultats dont personne ne peut nier l'importance, mais n'échappe pas également aux mêmes objections, car la présence du corps de l'os hyoïde est toujours là pour empêcher le liquide de pénétrer jusqu'à la partie sus-hyoïdienne de la fistule.

MARCHE ET PRONOSTIC

La fistule congénitale médiane du cou, bien que ce soit une affection bénigne, l'existence de la sécrétion, les phénomènes de rétention temporaire que l'on observe surtout dans les fistules médianes, la formation possible d'abcès purulents très souvent répétés, comme c'est le cas chez la malade de notre deuxième observation, incommode beaucoup les malades. En outre, chez les jeunes femmes la question d'esthétique prime toutes les autres pour se débarrasser d'une difformité, elles consultent de bonne heure.

La seule gravité des fistules congénitales médianes du cou avec lesquelles il y a à compter, est la difficulté de la guérison, et presque toujours il est nécessaire de recourir à une véritable intervention chirurgicale.

Enfin, point le plus important, la récurrence est très fréquente, même lorsque l'opération a été faite par un chirurgien habile et expérimenté ; il arrive souvent qu'une portion du trajet ou d'un diverticule n'ait pas été atteinte par le bistouri à cause de sa situation sus-hyoïdienne et que le corps de l'os hyoïde n'a pas été réséqué, ou que l'extrémité profonde d'une fistule bor-

gue externe se soit rompue sous l'influence d'une traction même légère et une récurrence survient.

Si les malades étaient toujours suivis un certain temps après l'opération, on trouverait peut-être les récurrences, beaucoup plus souvent signalées dans les observations.

TRAITEMENT

Nous n'insistons pas sur la description du traitement par les injections dans le trajet fistuleux, de différentes sortes de liquides modificateurs qui n'ont eu, comme résultat que la prolongation de la maladie ; au contraire, nous allons insister beaucoup sur l'intervention chirurgicale que nous croyons seule capable de guérir et supprimer cette malformation disgracieuse du cou.

Les fistules médianes étant presque toujours borgnes externes, leur trajet étant par conséquent moins long que celui des fistules latérales complètes, l'intervention chirurgicale est en général plus facile.

L'intervention est faite d'après la méthode de SARRAZIN pour les fistules latérales (c'est-à-dire introduction d'une sonde dans le trajet pendant l'intervention).

Méthode de SCHLANGE.— Quand la fistule remonte plus ou moins loin en arrière de l'os hyoïde, l'opérateur imitera la conduite de SCHLANGE qui consiste à réséquer la portion médiane du corps de l'os hyoïde.

Technique opératoire de M. le Professeur Pierre SÉBIEAU. — Nous croyons très intéressant de décrire en

quelques lignes la technique que M. le Professeur P. SEBILEAU a suivi dans l'opération de ces fistules et qui a toujours donné des résultats définitifs.

a) Doubles incisions horizontales en tranches de melon de la peau encerclant l'orifice de la fistule ainsi que tout le tissu cicatriciel environnant.

b) Introduction d'une sonde métallique fine assez malléable dans le trajet.

c) Dissection du canal avec environ trois millimètres de tissu tout autour jusqu'au niveau de l'os hyoïde.

d) Résection du corps de cet os sur la ligne médiane sur une étendue d'environ 5 millimètres.

e) Recherche de la partie sus-hyoïdienne du canal après incision du myo-hyoïdien.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

S'il y a des cas dans les fistules latérales pour lesquels il faut s'abstenir, dans les fistules médianes on devra toujours intervenir, car les alternatives répétées de rétention en arrière de l'orifice externe, puis l'ouverture de ce dernier, ne laissent pas que de gêner notablement le malade ; en outre, ces fistules étant presque toujours borgnes externes, l'opération est sinon relativement facile, du moins exempte de danger.

En tout cas, le bistouri devra dépasser autant que possible la paroi, de façon à faire l'exérèse totale de la fistule ; l'incision cutanée devra être faite d'une part, de façon que la cicatrice soit peu apparente, et, d'autre part, elle devra être suffisamment large afin de permettre l'excision complète de toute la fistule : à l'opérateur de concilier ces deux exigences.

OBSERVATIONS

PREMIERE OBSERVATION

Mademoiselle L. L., 21 ans ; entrée à l'hôpital Lariboisière, service de M. le Professeur Pierre SÉBILEAU, le 8 décembre 1927 pour une fistule médiane du cou.

Historique de la maladie. — A l'âge de 18 mois, apparition d'une grosseur du volume d'une noisette à la partie médiane du cou ; la peau recouvrante était rouge, tendue, d'aspect inflammatoire.

Cette petite tumeur n'a pas tardé à s'ouvrir à la peau ; il en sortit du pus ; la tumeur s'est affaissée, mais il persiste à sa place une petite fistule jusqu'à l'âge de 8 ans. Alors la fistule se referme jusqu'à l'âge de 11 ans où elle réapparaît à la suite d'un phénomène inflammatoire semblable au premier, suivi d'une intervention chirurgicale et elle persiste jusqu'à cet examen.

Examen de la malade. — Elle présente actuellement dans la région sous-hyôidienne du cou, au niveau de la membrane thyro-hyôidienne et à un demi centimètre de la ligne médiane, deux orifices séparés l'un de l'autre par une petite tubérosité fibreuse laissant s'écouler une sérosité visqueuse lors des mouvements de déglutition, surtout pendant les repas.

Elle présente aussi une cicatrice qui s'étend de la ligne médiane au niveau de la membrane thyro-hyoïdienne jusqu'au deuxième orifice.

A la palpation on sent, dans la profondeur, un trajet fibreux du volume d'une plume de corbeau, qui s'étend en haut et en dedans se dirigeant vers le corps de l'os hyoïde. Si on sonde au stylet la fistule la plus proche de la ligne médiane, on arrive dans la région du corps de l'os hyoïde, c'est-à-dire à environ deux centimètres de profondeur.

Les deux fistules ainsi que la cicatrice qui sont bien adhérentes à la profondeur, suivent les mouvements de la déglutition.

La radiographie faite après injection de Lipiodol par l'orifice le plus proche de la ligne médiane et l'obstruction de l'autre orifice, montre que l'opacité du lipiodol monte en ligne irrégulière vers le corps de l'os hyoïde et se dirige vers la base de la langue.

Cette malade a été opérée le 13 décembre 1927 par M. le Professeur P. SÉBILEAU.

Descriptions de l'opération

Les deux orifices fistuleux et la cicatrice qui les réunit sont compris dans une double incision horizontale de six centimètres, un stylet introduit dans l'orifice principal conduit vers l'os hyoïde. Malgré la prudence du cathétérisme, on a un moment l'impression que le fond du canal en cul-de-sac s'effronde. Mise à nu de la membrane thyro-hyoïdienne au-dessous du trajet. L'os hyoïde est mis à nu à son tour. L'ensemble (peau, cicatrice et trajet) est ensuite desséqué jusqu'à l'os hyoïde. Celui-ci est ensuite ruginé avec le plus grand soin nécessaire, pour assurer la conservation de la partie sus-hyoïdienne du trajet s'il en existe.

Après l'isolement complet de la face antérieure et de la face postérieure du corps hyoïdien, celui-ci est sectionné,

puis réséqué à la pince gouge. Le trajet ne paraît pas se continuer au-dessus ; il est alors réséqué, puis étudié : il est court et étroit, son fond est perforé. Toutes les recherches faites pour trouver, au milieu des fibres musculaires, un trajet quelconque, restent infructueuses ; l'hyo-glosse est sectionné, ses faisceaux séparés les uns des autres sans qu'on puisse rien trouver.

Sur le côté droit de la brèche, une déformation cicatricielle, résultant probablement des opérations anciennes, simule à la rigueur un trajet. Elle est réséquée sans que rien, dans son aspect, témoigne de l'existence d'un canal.

A la fin de l'opération, au moment de la suture musculaire, un espace interfasciculaire, donnant un peu l'impression de l'ouverture d'un petit trajet, un cathétère est introduit dedans, mais il paraît s'enfoncer simplement dans la moitié gauche et superficielle du plancher musculaire.

En résumé : les recherches les plus minutieuses pour la découverte d'une partie sus-hyoïdienne du tractus n'ont abouti à rien.

Examiné après l'opération, le trajet semble après un demi-centimètre environ d'étendue, bifurquer en s'enfonçant dans la profondeur.

Après une bonne hémostase, on suture la plaie par plan en gardant un faisceau de crins communiquant avec la cavité ; le faisceau est enlevé au bout de 24 heures. Guérison (per primam) et, jusqu'à cette date, la malade paraît complètement guérie.

DEUXIEME OBSERVATION

Madame A. C., 45 ans, entrée à l'hôpital Lariboisière, service de M. le Professeur Pierre SÉBILEAU, le 29 février 1928, pour une fistule au niveau de la partie médiane du cou.

Historique de la maladie. — Vers l'âge de 25 ans, la malade qui jusqu'alors était parfaitement bien portante, pré-

sente des douleurs au niveau du cou irradiant vers la gorge, mais dont elle n'arrive pas à préciser le siège.

Aucune manifestation extérieure n'accompagne ces douleurs. Un chirurgien consulté décide d'intervenir, mais avant toute intervention, une nuit, la malade a eu dans la bouche une saveur horriblement fétide et rejette du pus en abondance. Au bout de 8 jours, l'évacuation du pus s'arrête, l'état général s'améliore et la malade se croit guérie.

Trois ans après, les mêmes symptômes se reproduisent : accident fébrile et douloureux qui parvient à la résolution de la même façon.

Deux ans après, même accident.

En 1917, la malade est examinée par un chirurgien allemand pendant un épisode analogue aux précédents. Il lui prescrit une application de glace sur la région médiane du cou. Au bout de six jours, l'œdème apparaît au niveau du cartilage thyroïde, à droite de la ligne médiane ; on incise à ce niveau et on retire une grande quantité de pus fétide. La plaie opératoire se cicatrise au bout de 10 jours.

Quatre mois après, à la suite de mêmes symptômes inflammatoires, une brèche cutanée s'ouvre au niveau de la cicatrice, par laquelle le pus s'écoule de nouveau ; cette plaie se referme au bout de 8 jours.

Deux ans après, nouvelle ouverture qui se referme de la même façon.

En 1921, 1923, 1925, 1927, les mêmes phénomènes se reproduisent ; on incise chaque fois et la plaie se referme très rapidement. Une application de rayons ultra-violets, en 1925, paraît n'avoir donné aucun résultat, car, en 1927, les mêmes phénomènes se reproduisent trois fois ; mais, depuis le mois de décembre, une fistule persiste pour laquelle la malade est venue consulter.

Examen. — A l'inspection, on note dans la région médiane du cou, en avant du cartilage thyroïde, un orifice étroit surplombé par un bourgeon charnu et entouré d'une zone violacée cicatricielle d'un centimètre de diamètre environ.

A la palpation, cette zone paraît adhérente au plan profond et paraît reposer sur une base fibreuse de consistance ferme.

La pression fait souder, par cet orifice, du pus blanchâtre mélangé d'un liquide visqueux ; ce liquide s'écoule aussi spontanément pendant les repas, mêlé des boissons avalées selon le récit de la malade (la chose n'avait pas été constatée par nous).

Avec un stylet, on découvre un trajet oblique en haut et légèrement à gauche de 2 centimètres de longueur environ, se dirigeant vers l'os hyoïde.

La radiographie pratiquée de face et de profil, après injections de lipiodol n'a pas montré un trajet plus profond. L'injection d'un liquide coloré n'a pas donné un résultat positif.

A l'examen de la gorge, on note rien de particulier. Pas d'adénopathie ; pas de fièvre. L'état général est excellent.

La malade fut opérée le 17 février 1928 par M. le Professeur P. SÉBILEAU.

DESCRIPTION DE L'OPERATION

Excision de téguments cicatriciels par incision en tranche de melon. A gauche de la ligne médiane, un peu au-dessus de la membrane thyro-hyoïdienne, on trouve une cavité bordée d'abondantes fongosités qui sont enlevées par curetage. Cette cavité est sus-jacente aux muscles qui bordent la charpente hyo-laryngée.

Elle est en partie couverte par une formation fibreuse assez épaisse, de caractère cicatriciel. Toutes ces formations sont détruites, réséquées au bistouri.

Après avoir réséqué le fond de la poche, également cicatriciel, on reconstitue une région anatomique ainsi formée : le conduit hyo-laryngé doublé de sa musculature au milieu, et, latéralement, le bord antérieur du sterno-cleido-mastoïdien.

Sur cette région dont la mise à nu est poursuivie jusqu'au

conduit laryngo-trachéal, on cherche l'orifice d'un trajet fistuleux, mais, nulle part, la pression exercée sur différents points du cou ne détermine l'apparition d'une goutte de pus.

A son tour, l'os hyoïde est mis à nu par section de l'appareil musculaire qui le recouvre, et exploré avec soin.

On trouve, remontant jusqu'à lui, une languette tissulaire venue d'en bas et qui ressemble beaucoup à une pyramide de LALOUETTE. Ce lambeau est sectionné et disséqué en bas, on constate alors qu'il se continue avec une sorte de cordon, qui, à un moment donné, devient arrondi et dont on cherche la cavité.

Les premiers centimètres apparaissent après incision comme un organe tubulaire, et à 3 centimètres de la section, on trouve toujours l'état canaliculaire.

On cathétérise et le stylet pénètre à un minimum de 3 centimètres. Une injection, poussée dans le conduit, revient à quelques centimètres plus haut dans la partie postérieure du conduit.

L'os hyoïde mis à nu, tiré à l'extérieur, est sectionné juste en dehors de la formation tubulaire de manière à respecter celle-ci.

La tranche à laquelle adhère la partie tubulaire est alors écartée et redressée ; sa face postérieure est désséquée de très près et réséquée.

Au bout d'un centimètre et demi environ, le trajet creux apparaît comme un tube plein qui, à l'œil nu, ressemble au tissu thyroïdien de la languette, et ce tissu semble s'enfoncer en franchissant au-dessous de la place qu'occupait le corps de l'os hyoïde, dans la charpente musculaire de la langue et on le suit à l'œil nu très clairement jusqu'à la face superficielle de l'organe (constatation faite par le toucher bidigital).

Dans sa partie supérieure, le trajet s'amincit et se déchire à son extrémité au moment où on doit pratiquer l'excision.

En résumé, il s'agit d'une persistance, du tractus thyroglosse suivi opératoirement depuis la base de la langue jusqu'au corps thyroïde de la manière suivante :

1°) Premier segment lingual mince, peu fibreux, libre au

milieu des faisceaux musculaires et dont l'état tubulaire ou plein n'a pu être vérifié à l'œil nu.

2°) Deuxième segment rétro-hyoïdien passant à la face profonde du corps hyoïdien où il a pu être très facilement constaté, grâce à la résection du corps de l'os hyoïde, ce segment paraissant plein ?

3°) Troisième segment venant du bord inférieur de l'os hyoïdien se couche verticalement sur la membrane thyro-hyoïdienne ; ce segment, certainement plein, se continue au niveau de l'espace intercrico-thyroïdien par une portion canaliculaire manifestement creuse et arrondie supportant le passage d'un stylet au-dessous du cricoïde, dans la partie occupée par l'opération, en raison de la dissection du trajet fistuleux avec une pyramide de LALOUETTE, présentant les caractères extérieurs du tissu thyroïdien, et qui, examinée à la fin de l'opération, est trouvée se continuant sans interruption avec l'isthme thyroïdien.

Hémostase, suture des muscles, suture de la peau, drainage par un faisceau de crins placés à la partie médiane de la plaie et laissé 24 heures.

Suites opératoires.

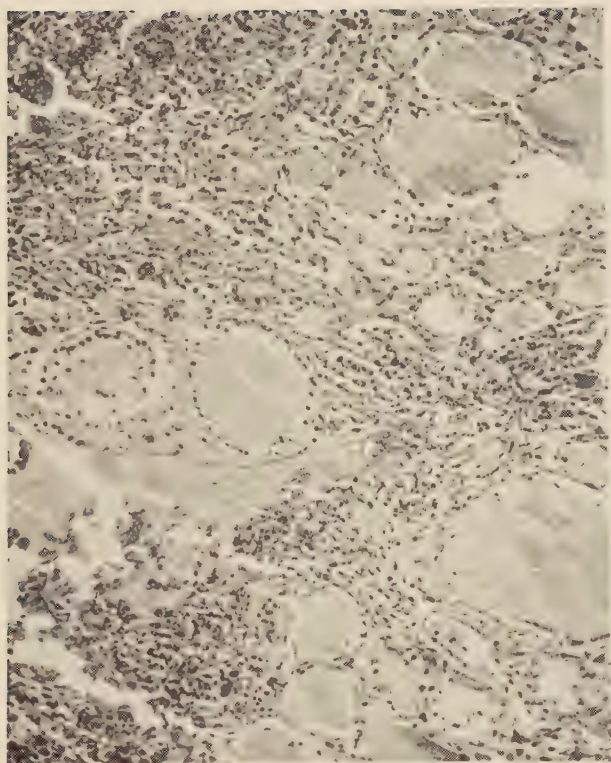
Après le troisième pansement, nous avons fait sauté les pointes de suture à cause d'une supuration abondante.

Guérison complète après trois semaines, et semble persister jusqu'à cette date.

Examen anatomo-pathologique du tractus

fait dans les laboratoires de la Faculté de Médecine

Première coupe prélevée sur la partie externe du tractus avec l'orifice externe : fistule dont l'orifice est bordé par un épithélium hyperplasique, recouvrant un tissu conjonctif



DEUXIÈME ET TROISIÈME COUPE

Vésicules thyroïdiens séparés par des travées des tissus
conjonctifs et des cellules inflammatoires

dense infiltré d'éléments inflammatoires signalant l'existence d'une irritation chronique et prolongée. On décèle des infiltrations de polynucléaires, des plasmocytes en quantité considérable, de quelques eosinophiles surtout localisés autour des vaisseaux et des capillaires.

Les capillaires sont turgescents, gorgés de globules rouges disposés parallèlement d'une façon radiaire ; d'un point, même, on note la présence de trois cellules géantes. En résumé : irritation chronique banale.

Deuxième et troisième coupe. — (La partie sous-hyoïdienne du trajet). Tissu thyroïdien typique atteint de lésions de thyroïdite chronique. Les vésicules sont séparées par des travées de tissu conjonctif riche en collagène et au sein duquel sont disséminées des cellules inflammatoires (lymphocytes et quelques polynucléaires). Par place, on note l'existence d'îlots des cellules inflammatoires plus volumineuses au sein desquelles on distingue quelques cellules glandulaires. (*Figure*).

Quatrième coupe. — (Partie rétro-hyoïdienne du tractus). Partie terminale du tissu thyroïdien avec les mêmes lésions. Plus loin, le tractus est constitué par du tissu fibreux fortement collagène au sein duquel se trouvent encore les divers éléments qui caractérisent une inflammation chronique : cellules réactionnelles (polynucléaires ou mononucléaires), prédominantes autour des vaisseaux qui sont turgescents et congestionnés.

Cinquième coupe. — (Partie terminale du tractus) uniquement constituée de tissu conjonctif inflammatoire.

TROISIEME OBSERVATION

M. H..., 38 ans, entré à l'hôpital Lariboisière, service de M. le Professeur P. SÉBILEAU, le 19 mars 1928, pour un kyste du cou.

Le malade l'a remarqué pour la première fois, vers le mois de janvier 1928 ; cette grosseur qui avait le volume d'une noisette a augmenté un peu depuis son apparition.

Elle ne lui cause absolument aucune douleur, ni spontanée ni provoquée ; elle n'entraîne absolument aucune gêne dans les mouvements du cou. La déglutition et la respiration n'ont pas été davantage gênées.

L'état général est excellent ; le malade n'a pas maigri ; il n'a pas perdu l'appétit.

A l'examen de la tumeur, on trouve :

1°) Qu'elle est située à la partie médiane du cou, en avant de la membrane crico-thyroïdienne et qu'elle recouvre partiellement le cartilage thyroïde.

2°) Que cette tumeur a le volume d'une grosse noix.

3°) Que la forme est presque sphérique.

4°) Que la consistance est nettement fluctuante et sa paroi semble assez épaisse.

5°) Que la surface est lisse, sans irrégularité, ni bosselure.

6°) Les limites sont nettes : en haut, elle ne recouvre pas l'os hyoïde ; en bas, elle laisse libre le cricoïde dont on sent le bord inférieur. Latéralement elle est absolument indépendante du sterno-cléido-mastoïdien.

7°) Elle est mobile transversalement comme le cartilage thyroïde auquel elle adhère en partie. Elle suit l'appareil thyro-hyoïdien dans les mouvements de déglutition. Elle est absolument indépendante de la peau qui se laisse glisser facilement au-devant de la tumeur.

8°) Enfin, la palpation : a) n'entraîne absolument aucune sensation douloureuse ; b) ne découvre aucun ganglion dans les gouttières carotidiennes.

La ponction de cette grosseur retire un liquide jaunâtre et visqueux.

La radiographie faite après une injection de 3 cc. de Lipiodol dans la cavité du kyste a montré une opacité multilobulaire occupant la région qui s'étend du cartilage cricoïde jusqu'à la face profonde de l'os hyoïde.

L'examen général du malade ne montre rien de particulier

si ce n'est qu'à l'examen de la bouche et de la gorge, on note la bifidité de la luette. Cette déformation existe depuis la naissance. On note, en outre, des cicatrices, reliquat d'une opération pour hernie inguinale double.

Il a été opéré le 24 mars 1928 par M. le Professeur Pierre SÉBILEAU.

Description de l'opération

Incision courbée, à lambeaux, à concavité supérieure permettant la direction du lambeau. On découvre ainsi de chaque côté les muscles sous-hyoïdiens qu'on coupe en les soulevant. Dissection de la lèvre supérieure et de la lèvre inférieure. A la partie profonde des couches musculaires on trouve une adhérence des faisceaux à la paroi de la tumeur avec une tendance à une dégénérescence fibreuse.

Lorsque les muscles sont séparés, la tumeur a perdu sa forme sphérique et semble s'évaser vers la partie inférieure. Elle est séparée à sa partie postérieure, de la membrane thyro-hyoïdienne sur laquelle elle se repose par une couche de tissu cellulaire.

Ainsi elle se repose par le milieu de sa face profonde :

1°) Sur le bord supérieur du cartilage thyroïde.

2°) Sur la membrane thyro-hyoïdienne qui lui forme un lit et à laquelle elle n'adhère pas.

Quand elle est ainsi séparée, elle donne, en arrière surtout, une certaine apparence de lobulation. La fluctuation s'accroît et sa paroi paraît assez mince.

En la séparant en avant le plus haut possible, on la voit manifestement s'amincir et pénétrer sous l'os hyoïde dont le bord inférieur est libéré. En arrière, elle paraît aussi s'enfoncer sous l'os hyoïde.

Elle est ouverte par une section verticale et il sort de cette cavité, un liquide gélatineux, d'apparence purulente.

Cette section montre l'existence d'une première poche basse et antérieure, et d'une deuxième poche latérale droite

postérieure, et une troisième latérale gauche postérieure. Cette dernière présente un sommet qui ne s'enfonçant pas sous l'os hyoïde est nettement séparé de la poche latérale droite et celle-ci plus profonde à son sommet, qui, manifestement s'enfonce derrière l'os hyoïde qu'elle a l'air de dépasser.

Il paraît y avoir un orifice au sommet de cette poche conduisant à un diverticule (exploration à l'œil nu et avec la sonde ne montre rien), on répare facilement les sommets des deux poches de la face profonde de l'os hyoïde et ces deux sommets ne paraissent pas dépasser cet os. Mais en ruginant le corps de l'os hyoïde, en vue de le détruire et de voir au-dessous de lui, on trouve une cavité d'où s'écoule un liquide gélatino-purulent.

Il existe donc au-dessus des deux poches, ne communiquant pas avec elle, adhérant à la face postérieure du corps de l'os hyoïde, une portion non oblitérée du tractus. La partie formée par les poches sus-hyoidiennes est alors extraite et examinée : on voit les sommets de deux cavités, qui, en effet, sont complètement fermées ; on cherche alors au milieu des fibres musculaires découverts par la section hyoïdienne en avant de l'épiglotte. Après avoir cherché un certain moment, on trouve manifestement un trajet assez étroit, une sonde est introduite dans ce trajet et enfoncée avec douceur.

Cette exploration montre que le trajet s'enfonce ainsi jusqu'à la muqueuse du plancher de la bouche, mais il faut se demander si cela n'est pas par effondrement. En réalité, une dissection de cette portion restante du tractus semble démontrée qu'il s'agit de fraction et que le sommet de l'appareil vestigial se trouve au milieu des fibres musculaires un peu à gauche de la ligne médiane et ne plonge pas vers le plancher. De fait, deux doigts introduits, l'un dans cette région et l'autre dans la bouche, se rencontrent.

En résumé, il semble donc en réalité qu'il y avait là une poche d'apparence et de réalité multilobulées siégeant au devant de la membrane thyro-hyoidienne et composée de trois poches principales dont une est indépendante des deux autres.

Les deux autres, les postérieures, paraissent s'étendre l'une et l'autre, juste par derrière le corps thyroïdien, et paraissent à l'œil comme au stylet s'y terminer. Au-dessous de la poche gauche, derrière le bord supérieur de l'os hyoïde tenant à lui, on n'ayant pas été séparé de lui, aboutit un autre segment du tractus thyro-glosse paraissant former vase clos non suivi dans la cavité bucale et non communicant en bas avec les autres poches inférieures. L'ouverture de ce segment à la pince gouge, en réséquant le corps de l'os hyoïde, a donné issue à un mucus purulent paraissant sous tension, ce qui n'aurait pas dû être, s'il y avait communication avec les autres poches déjà ouvertes.

Après une bonne hémostase, on suture le plan profond et la peau en gardant un faisceau de crins communicant avec la cavité. Guérison per primam.

QUATRIEME OBSERVATION

Mlle S. A..., âgée de 16 ans, née à Paris, entrée à l'hôpital Lariboisière, service de M. le Professeur SEBILEAU, le 27 avril 1928, pour une tumeur médiane au cou.

Cette tuméfaction a été découverte par hasard, il y a environ deux mois et demi. Cette grosseur est absolument indolente et n'a jamais été le siège d'aucun phénomène inflammatoire ; aux dires de la malade, cette tumeur aurait un peu grossi depuis l'époque de sa découverte.

Tous les mouvements du cou sont absolument normaux. La respiration et la déglutition n'ont jamais été gênées. L'état général est bon.

Examen. — Cette grosseur siège dans la région sous-hyoïdienne de la partie médiane du cou, au-dessus du cartilage thyroïde. Elle semble répondre à la membrane thyro-hyoïdienne et au bord supérieur du cartilage thyroïde.

Son volume est celui d'une noix. La forme est ovoïde, à grand axe vertical. La consistance est demi-molle. Elle est absolument indolente au palper.

La tumeur est indépendante de la peau qui est intacte et se laisse plisser. Elle suit le larynx dans les mouvements de la déglutition.

Une palpation soignée permet de découvrir un genre de pédicule reliant cette tumeur à la profondeur.

La ponction donne quelques gouttes d'un liquide visqueux et citrin.

La malade a été opérée le 30 avril par M. le Professeur SÉBILEAU.

Description de l'opération

On sépare d'abord la tumeur des plans superficiels après une incision transversale ; on dissèque ensuite son pôle inférieur qui repose sur le bord supérieur du cartilage thyroïde et la face postérieure qui repose sur la membrane thyroïdienne presque dans sa partie médiane.

Très nettement, cette tumeur apparaît comme une formation kystique à paroi mince répondant par sa forme, son volume, et ses rapports à une formation kystique du tractus thyro-glosse.

On l'incise pour se rendre bien compte de l'existence éventuelle de prolongement ; elle est explorée avec le plus grand soin et paraît n'en avoir aucun.

Son bord supérieur répond à l'os hyoïde : on la dissèque alors jusqu'à son bord supérieur en passant assez largement en dehors d'elle ; pour être certain de ne pas sectionner sa paroi.

On entre dans sa cavité pour avoir ainsi la certitude de l'enlever dans sa totalité ; l'os hyoïde est ainsi comme râclé par le bistouri, dépouillé de son périoste. On relève donc avec la masse tumorale des tissus conjonctifs. On examine ensuite l'intérieur de la poche enlevée, et on constate qu'elle n'a sur elle aucun orifice et qu'elle est toute entière.

Tout prolongement du kyste sous forme de canalicule, tant sur la pièce que sur le champ opératoire, est recherché avec le plus grand soin et il est impossible de rien découvrir.

Hémostase soignée et sutures au catgute des parties profondes et au crin de l'incision cutanée.

Guérison per priman.

CONCLUSIONS

1°) A côté des fistules congénitales latérales du cou, liées à l'évolution de l'appareil branchial et des fistules médianes superficielles ou mento-sternales, il existe des fistules thyro-hyoïdiennes médianes ou paramédianes sans aucun rapport avec les variétés précédentes. Nous en avons réuni deux cas et deux de kystes de même nature.

2°) Les caractéristiques de ces fistules thyro-hyoïdiennes sont les suivantes :

a) Leur siège sur la ligne médiane antérieure du cou, ou à un centimètre près.

b) Leur situation profonde par rapport aux fistules mento-sternales avec des rapports étroits avec les organes sous-jacents.

c) Leur aspect morphologique : fistules reliées à l'os hyoïde par un tractus fibreux canaliculé, ouvertes au niveau de la membrane thyro-hyoïdienne.

d) Leur évolution caractérisée par des multiples accidents de rétention suivis de phénomènes inflammatoires souvent très prononcés.

e) La présence dans un certain nombre de cas d'une

partie sus-hyoïdienne de la fistule et qui se termine dans le fóramen-coecum.

3°) La discussion des faits nous permet de conclure qu'elles ne peuvent dériver ni des fentes branchiales, ni d'un enclavement ectodermique et que leur seul point d'origine ne peut être que dans la persistance du canal thyréo-glosse ou la partie sous-hyoïdienne de ce canal.

4°) Le traitement médical ne peut jamais amener la disparition définitive de ces fistules. Le seul traitement qualifié pour supprimer pour toujours cette malformation congénitale, est l'intervention chirurgicale, c'est-à-dire la résection pure et simple de la fistule en ayant soin de réséquer la partie médiane du corps de l'os hyoïde.

Vu : *Le Doyen,*
ROGER.

Vu : *Le Président de Thèse,*
P. SEBILEAU.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
M. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- AUCHE et CHOVARNAZ. — *Etude anat. path. d'une fistule cong. du cou.* J. de Méd. de Bordeaux, XXVI 1901, p. 553.
- ARROU. — *Fistules cong. du cou.* Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris, 1920, p. 263.
- BROCA. — *Un cas de fist. du cou à structure amygdaloïde.* Arch. de Méd. exp. et d'anat. path., Paris 1914.
- BOYER. — *Traité des maladies chirurgicales*, t. VII, p. 31.
- CADET-BOISSE. — *Fist. cong. du cou.* J. de Médecine de Bordeaux, 1913.
- CAUCHOIS. — *Fist. cong. du cou de variété sus-hyoïd., à propos d'un cas personnel.* Bull. et mém. soc. nat. de chirurgie, Paris, 1925.
- DORION. — Thèse de Paris, 1901-1902.
- DUPLAY. — *Des fist. cong. du cou.* Archives gén. de Paris, 1875.
- GAUDIER et BERNARD. — *Fist. cong. du cou.* Echo méd. du Nord, Lille 1905, p. 573,

- GERMOND. — *Cont. à l'étude des fist. cong. du cou.*
Thèse de Paris, 1902.
- GUYOT et DARAIGNEY. — *Kyste du cou à contenu laiteux.*
J. de Méd. de Bordeaux, 1926, p. 246.
- GUZMAN. — Thèse de Paris, 1885-1886.
- O. HERTWIG. — *Traité d'embryologie.*
- JEANNENEY, CHABE et MONTILS. — *Expl. rad. d'une fist. cong. du cou.* Gaz. hebd. de sc. méd. de Bordeaux, XLVI, 1925, p. 585.
- KIRMISSON. — *Traité des maladies chirurgicales d'origine cong., fist. cong. du cou.* J. des Prat., Paris, 1905.
- LANNELONGUE et MÉNARD. — *Affections cong.*, t. I, 1891.
- LIMAL. — Thèse de Paris, 1926.
- MASSABUAN, GUILBAL et DUPONNOIS. — *Kyste séreux cong. du cou.* Bull. soc. de Méd., Montpellier, VIII, 1927, p. 385.
- MAUFRAIS. — Thèse de Paris, 1919-1920.
- MICHEL et VINCENTELL. — *Fist. cong. du cou.* Marseille Méd., 1922.
- NAVROJANNIS et COMETTATOS. — *Sur l'histologie des fistules médianes du cou.* J. de l'anat. et physiol., 1905, p. 641.
- OMBRÉDANE. — Bull. de la sc. de péd., 1920. *Traité de chir. infantile.*
- SARRAZIN. — Nouveau dictionnaire de méd. et de chir. pratique, t. IX, 1866.
- SULICKA. — Thèse de Paris, 1893.
- SULTAN. — *Kystes et fist. du cou.* Dent. z. f. chirur., 1898, t. 48.

- TOURNEUX. — Précis d'embryologie humaine, 1921.
- VAN DEN WILDENBERG. — *Fist. cong. du cou*. Ann. des mal. de l'or., XLV, 1926, p. 677, t. II.
- BECKER. — *Über Kienongangfisteln*. Beito z. Klin. chir., CXXXIV, p. 470.
- BLANDSUTTON. — *Fist. cer. méd. chez un jeune homme*. The lancet, 9 nov. 1895, p. 1161.
- DURHAM. — *On persistance of thyreo-glossal*. Dict. med. chir. transact., 1894, vol. 77, p. 715.
- HIS. — *Der tractus thyreoglossus und seine beziehungen zum zungenheim*. Arch. anat. und phys. ab. theilung für anat., s. 26, 1891.
- HOECKEL-IENA. — Verhandlungen der deutschen gesellschaft für chir., XXIII, congreß. 1894.
- F. KOENIG. — *Über fist. colli congenita*. Arch. für Klin-Chir., B. 51, H. 3.
- MARSHALL. — *Thyreo-glossal ductorcanal of this*. J. of anat. and phys., 1892, p. 94.
- SCHLANGE. — Verhandlungen der Deutschen gesellschaft für chir., 1893, t. II, p. 215.
-

